UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 9

LA CURE CHIRURGICALE
DU
PROLAPSUS RECTAL
chez le nourrisson et le jeune enfant

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 5 DÉCEMBRE 1953

PAR

HENRI LAFARE

(Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire)
Diplômé d'Hygiène et d'Action sanitaire et Sociale
du C.E.S. de Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. ETIENNE, professeur, *Président.*
AIMÈS professeur,
LAPEYRIE, professeur, } *Assesseurs*
ROMIEU, prof. agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE PAUL DEHAN

1953

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 9

LA CURE CHIRURGICALE
DU
PROLAPSUS RECTAL
chez le nourrisson et le jeune enfant

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 5 DÉCEMBRE 1953

PAR

HENRI LAFARE

(Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire)
Diplômé d'Hygiène et d'Action sanitaire et Sociale
du C.E.S. de Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. ETIENNE, professeur, *Président.*
AIMES, professeur,
LAPEYRIE, professeur,
ROMIEU, prof. agrégé.
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE PAUL DEHAN
—
1953

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs honoraires

MM. Galavielle, Vires, Villard, Grynfeltt, Riche, L. Rimbaud, Boudet, Euzière, *doyen honoraire*, J. Delmas, Margarot.

Professeurs

Chaires :

Anatomie	MM. Laux.
Histologie	Turchini, *assesseur*.
Physiologie	Hédon.
Physiologie appliquée	Loubatières.
Chimie biologique médicale et toxicologie	Cristol.
Physique médicale	Pech.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	Baumel.
Microbiologie	Carrère.
Hist. naturelle méd., parasitol. et méd. exotique	Harant.
Pathologie et thérapeutique générales	Pagès.
Thérapeutique et clinique des maladies infectieuses	Janbon.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Bert.
Hygiène	Carrieu.
Médecine légale et médecine sociale	Fourcade.
Technique opératoire et chirurgie expérimentale	Lapeyrie.
Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales	Mourgue-Molines.
Pathologie et clinique propédeutique médicales	Puech.
Clinique médicale	Giraud, *doyen*.
— —	Boulet.
Clinique chirurgicale	Lapeyre.
— —	Aimes.
Clinique obstétricale	Caderas de Kerleau.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	Lafon.
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1er âge	Chaptal.
Clinique de dermato-syphiligraphie	P. Rimbaud.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Etienne.
Clinique urologique	Truc.
Clinique gynécologique	Roux.
Clinique ophtalmologique	Dejean.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	Terracol.
Clinique de la tuberculose	Vidal.
Electro-radiologie	Lamarque.

Professorat à titre personnel :

Histologie	Granel.

Charges de cours :

Pathologie médicale	Boucomont.
Chimie et physico-chimie biologiques	Bénézech.
Hématologie médicale et anatomie pathologique	Cazal.

Charges de cours à titre permanent :

Obstétrique	Coll de Carrera, *agrégé libre*.

Maîtres de conférences agrégés et agrégés en exercice

	MM.		MM.
Anatomie	Guerrier, *m. de c. agr.*	Chirurgie	Joyeux.
Microbiologie	Renoux, *m. de c. agr.*	—	Nègre.
Pathol. expérim.	Passouant, *m. de c. agr.*	—	Romieu.
Médecine	Serre.	Electro-radiologie	Bétoulières.
—	Balmès.	Neuro-chirurgie	Gros.
—	Bertrand.	Obstétrique	Durand.
—	Latour.	Ophtalmologie	Viallefont.
—	N...	Odonto-stomat.	N...

Enseignements complémentaires

Des conférences annexes régulières renforcent l'enseignement de base de ces diverses disciplines. D'autres assurent des enseignements complémentaires (embryologie, sérologie, chirurgie de la tuberculose, clinique gastro-entérologique, cardiologie, médecine exotique, anesthésiologie, odonto-stomatologie, médecine du travail, biologie de l'éducation physique, etc...).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE

A MA MÈRE

qu'ils trouvent ici le témoignage de ma constante affection et de ma reconnaissance infinie.

A MES FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

H. L.

À Monsieur le Professeur ETIENNE,

Professeur de clinique chirurgicale Infantile et Orthopédie

qui a bien voulu nous confier ce travail et nous a fait l'honneur de présider cette thèse, nous le prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

H. L.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur AIMES,

Professeur des Cliniques Chirurgicales à la Faculté.

hommage respectueux à ses qualités d'homme et de chirurgien.

Monsieur le Professeur LAPEYRIE,

Professeur de technique opératoire et chirurgie expérimentale

en témoignage de reconnaissance et de remerciements pour son enseignement de « technique opératoire » qu'il a su nous faire aimer.

Monsieur le Professeur agrégé ROMIEU

en témoignage de reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à cette étude.

H. L.

A TOUS NOS MAITRES

des hôpitaux et de la Faculté de Lyon et de Montpellier.

A NOS SUPÉRIEURS HIÉRARCHIQUES

de l'Ecole du Service Santé militaire de Lyon et de l'Ecole militaire d'Administration de Montpellier.

H. L.

AVANT-PROPOS

Pour juger de la valeur d'une technique opératoire, il ne suffit point d'en connaître les résultats immédiats, il faut encore pouvoir en préciser les conséquences lointaines et définitives. Et ces dernières sans aller jusqu'à dire qu'elles dépendent souvent plus des soins, des indications opératoires et des précautions qui peuvent précéder ou suivre l'acte chirurgical que de cet acte lui-même. On peut affirmer que le « climat opératoire » en marge de la technique tient une grande place dans le devenir et la réussite de l'intervention, c'est souvent la négligence de ces facteurs ou même de quelques détails de technique mal précisés ou variables qui sont à la base des insuccès de bien d'interventions.

C'est en accord avec ces considérations, à propos d'une intervention aujourd'hui assez critiquée : « La cure chirurgicale du Prolapsus rectal chez le nourrisson et chez l'enfant par le cerclage anal », que nous nous proposons de mettre en lumière un certain nombre de ces facteurs et de préciser certains détails de technique, desquels dépendent souvent les résultats de l'intervention.

Aussi nous tenons à exprimer notre gratitude et nos remerciements à Monsieur le Professeur Etienne *d'avoir bien voulu nous confier ce travail, qui nous permet de préciser une technique opératoire et le détail de son application dans l'espoir qu'elle puisse à l'avenir ne donner que des résultats satisfaisants.*

LA CURE CHIRURGICALE DU PROLAPSUS RECTAL

CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

INTRODUCTION

La publication d'une communication faite à la Société de Pédiatrie de Paris, parue dans les *Archives Françaises de Pédiatrie* 1953, par J.-M. Pouletty, présentée par le Professeur agrégé Laurence, intitulée : « Remarques sur le traitement du Prolapsus rectal du nourrisson et du jeune enfant », nous a incité à reprendre les observations des enfants soignés pour Prolapsus rectal à la Clinique chirurgicale infantile orthopédique de M. le professeur Etienne. L'étude de 48 observations de ce service a été le point de départ de ce travail.

La communication de M. le professeur agrégé Laurence porte sur l'examen de 43 dossiers, dont 29 seulement sont utilisables. L'idée instigatrice de cette étude a été la constatation de la « relative fréquence » des incidents survenus après « cerclage » effectués suivant la méthode préconisée par Thiersch.

La recherche des « erreurs de technique » font l'objet de la communication et Laurence en arrive en conclusion à la « condamnation du principe ».

Après avoir rappelé avec à propos le manque « de surveillance tardive » qui accompagne souvent l'intervention de cerclage, considérée comme un acte

bénin par la plupart des chirurgiens pour combattre une affection très bénigne chez l'enfant, il énonce les différentes méthodes de traitement du Prolapsus rectal employées à Bretonneau.

Beaucoup d'enfants ont été soignés par des injections sclérosantes de Quinine urée à 5 % à la dose de 2 cm³. Seuls ont été cerclés les cas qui ont récidivé.

La technique de cerclage employée par Laurence est la suivante :

« ... Il suffit de passer, à l'aide d'une aiguille de Reverdin, un fil sous la muqueuse anale, le plus haut possible, on serre le fil sur un auriculaire, on le laisse en place plusieurs mois. Le but est double :

« 1° Créer une sclérose au niveau du fil et aussi fixer la muqueuse à la sous-muqueuse.

« 2° Tenir mécaniquement en place le rectum muqueux en l'empêchant de se prolaber lors des efforts. »

Laurence distingue ensuite les cerclages aux fils métalliques et les cerclages au crin.

a) *Les cerclages aux fils métalliques :*

Sur cinq cas publiés, « un seul succès, quatre échecs ». Les fils métalliques qu'il emploie sont les fils de bronze et les fils d'acier.

b) *Les cerclages aux fils de crin employés seuls :*

Sur cinq cas publiés, un seul cas de cerclage au fil de crin employé seul a été effectué avec succès et sans complications. Une guérison est suivie de

constipation, un autre cas de guérison après une longue suppuration, un cas a toujours son cerclage. Le dernier cas est un échec.

c) *Les cerclages au fil de crin associé à une injection de quinine urée à 5 %* :

(Solution de chlorhydrolactate de quinine et d'urée), formule de VENDEL préconisée par le docteur Jean L'HIRONDELLE.

— Sur quatre observations d'enfants traités par cette méthode, un seul succès peut être retenu, un échec parmi les autres cas : une erreur de diagnostic et une observation sans cerclage.

— Après ce compte rendu des différentes catégories de cerclage anal pratiquées à Bretonneau, LAURENCE énonce les nombreuses complications constatées après cette intervention.

Sur les quinze cas qui constituent les observations ci-dessus examinées, il retient :

Sept cerclages compliqués au cours desquels ont été constatées les complications suivantes :

— incontinence rectale ;
— rupture du fil, récidive, douleur à la défécation ;
— abcès péri-anal ;
— constipation opiniâtre ;
— suppuration avec extériorisation du fil ;
— cicatrisation vicieuse — nécessité de réintervention ;
— plaie au niveau du nœud — extériorisation spontanée au niveau du nœud ;
— douleur à chaque défécation — enfant refusant d'aller à la selle ;
— constipation interne ;
— gros bourgeon charnu au niveau du nœud ;

— douleur vive à la défécation ;
— hémorragie trois mois après le cerclage ;
— cicatrisation rétractile ;
— incontinence totale.

Trois cas guéris après complications.

Laurence signale encore deux autres risques du cerclage :

— celui où le cerclage est posé sans un diagnostic certain ou une constatation suffisante de la maladie ;

— celui où les parents ne veulent pas déplacer l'enfant pour le faire décercler, ce qui peut entraîner des défécations difficiles plus ou moins tardives.

Toutes ces complications sont attribuées par Laurence au fait que dans le cerclage un « fil rigide et inextensible est placé entre la muqueuse et le sphincter, au contraire souple et mobile ».

La dernière partie de la communication est consacrée au traitement du Prolapsus rectal par des injections sclérosantes de chlorhydrolactate de quinine urée à 5 %, suivant la technique préconisée par L'Hirondelle puis par Filiatre dans sa thèse inaugurale. Ce dernier rapporte 19 succès sur 19 cas traités. Ces résultats seraient confirmés par les 13 cas traités à Bretonneau.

A la suite de la communication de Laurence, Chigot a signalé comment la question du traitement du Prolapsus rectal était envisagée à Trousseau. Inspiré par cette même idée, nous avons revu les observations de Prolapsus du rectum traités dans le service du Professeur Etienne à la « Clinique chirurgicale infantile et orthopédique ».

Il nous a paru intéressant de reprendre les 48 dossiers qui en font l'objet ; leur étude nous permettra de mettre en lumière les différents types de Prolapsus rectaux traités dans le service.

Certains cas n'ont pas fait l'objet d'un cerclage pour différentes raisons venant souvent de l'état du malade ou des circonstances étiologiques dont la correction a amené la guérison.

L'étude de ceux qui ont été cerclés montrera les résultats obtenus avec les divers matériaux employés, les complications et les difficultés rencontrées. Nous pourrons ensuite en décrire la technique opératoire et préciser dans quelles conditions l'opération donne d'excellents résultats.

OBSERVATIONS

Dans les observations des malades qui ont été traités dans le service et que nous allons donner, nous indiquerons brièvement pour chaque malade l'âge, le sexe, les antécédents, les circonstances physiologiques et pathologiques dans lesquelles a été constatée pour la première fois l'affection et, chaque fois que cela sera possible, celles qui ont accompagné son apparition. Nous mentionnerons aussi l'état général du malade, le fonctionnement de l'appareil digestif et en particulier de l'intestin. La date du cerclage s'il y a lieu et du décerclage sera aussi indiquée.

Nous préciserons particulièrement l'évolution de la maladie après le cerclage en notant les complications récentes ou tardives qui ont été observées.

Cet ensemble de facteurs qui, comme nous le verrons plus loin, jouent un rôle important dans le résultat du traitement, qu'il soit d'ailleurs chirurgical ou médical, constitue dans le cas du cerclage avec les détails de la technique ce qui ailleurs a été appelé « le climat opératoire », dont dépend le devenir de l'intervention.

Observation 1. — A.L. âgé de deux ans, accusant dans ses antécédents une infection intestinale, est vu en consultation pour des douleurs abdominales intermittantes, des nausées, de la constipation et un prolapsus apparaissant à chaque selle constaté par la mère.

L'abdomen est impossible à examiner, à l'anus on ne constate rien d'anormal. Mis en observation, l'enfant est repris par la mère deux jours après son entrée.

Observation 2. — A. R., deux ans et demi, rentré pour un P.R. A l'entrée, on constate un énorme P.R. de 8 cm. de long avec une ulcération de la muqueuse ; réduit, le prolapsus est tenu en place par un cerclage au fil de soie et un pansement compressif avec du francoplaste. Revu cinq mois après pour un agiome, le P.R. s'est reproduit, facilement réductible au doigt. Le P.R. se reproduit encore cinq mois après, il atteint alors 10 cm. On sent que le cerclage s'est rompu, quatre mois après le prolapsus ressort, il est réduit, il ressort encore trois mois après et étant réduit à ce moment ne réapparaît plus, le malade étant resté encore de nombreux mois dans le service pour une autre affection.

Observation 3. — R.R., cet enfant, âgé de deux ans, présente un P.R. facilement réductible. L'enfant est traité par un pansement compressif. Après réduction de son prolapsus l'enfant sort quelques jours après avec le pansement. Le P.R. n'est pas retrouvé par la suite.

Observation 4. — T.N., trois ans, a été soigné un an pour une entérite muco-membraneuse. A l'entrée, présente un P.R. total, rectum extériorisé sur une longueur de 5 cm. Après une réduction complète il se reproduit et est cerclé au fil de lin. Le fil est enlevé deux jours après, l'enfant étant atteint de diarrhée.

Observation 5. — A.L., âgé de six ans, présente un prolapsus muqueux du rectum. La mère est atteinte de syphilis.

Présente : des extrémités des membres cyanotiques. Mauvaise dentition. Polymicroadénopathies. Foie augmenté de volume dépasse de deux travers de doigts le rebord costal, plus un prolapsus du volume d'une mandarine. Cet enfant ayant fait une diphtérie dans le service, a été transporté dans un service d'infectieux. Le P.R. a été réduit et l'enfant a suivi un traitement anti-syphilitique (Acétyl Arsan, plus friction mercurielle), trois mois après le prolapsus rectum ne s'est pas reproduit.

Observation 6. — D.M. Depuis plusieurs mois présente un prolapsus muqueux du rectum réductible qui réapparaît à chaque selle. A l'examen, aspect hérédo-syphilitique très net.

Le P.R. est réduit, traité par friction mercurielle, P.R. ne s'est pas reproduit.

Observation 7. — M.J., trois ans. Entré pour P.R. est atteint d'entérite. L'examen ne montre pas de P.R. Le T.R. sphincter est régulier, ni petite tumeur au-dessus ni polype ; on conclu à un prolapsus de force. L'intervention est déconseillée.

On traite l'état intestinal ; quelques jours après le prolapsus se reproduit, on le réduit, ne se reproduit plus.

Observation 8. — T.A., 4 ans, présente un prolapsus muqueux. T.R. gros sphincter, pas de polype. L'intervention est rejetée, on traite l'état intestinal (huile de vaseline). Le P.R. n'est pas retrouvé.

Observation 9. — M.G., âgé de quatre ans, depuis deux mois la mère signale à chaque selle l'apparition d'une tuméfaction qui ne se réduit pas spontanément. A l'entrée, on constate à l'examen un anus très lâche, T.R. montre une grande flacidité des parois rectales. D'autre part, l'enfant présentant des suspicions de hérédo-spécificité (dépression cupuliforme du tibia, déhiscence de l'arc postérieur de la première, deuxième, troisième pièces sacrées, de plus, sa mère aurait été hospitalisée dans un service de gynécologie, cependant les réactions spécifiques s'avèrent négatives chez elle).

Ce malade est quand même traité par des frictions mercurielles (acétylarsan).

L'intervention sur P. R. est décidée, on fait un cerclage au fil de soie — suites opératoires immédiates bonnes — trois jours après le fil de soie paraît très bien toléré, on pratique un pansement antiseptique à l'alcool

— 20 jours après l'opération s'installe une suppuration continue qui amène à enlever le fil, lequel d'ailleurs s'est extériorisé au niveau de la commissure postérieure. Un nouveau pansement à l'alcool est appliqué.

— En cinq jours la suppuration se tarie.

Un mois après l'enfant sort. Le prolapsus ne s'est jamais reproduit.

Observation 10. — M.H., 3 ans, dont le père et la mère sont syphilitiques — présente un P. de l'anus se produisant au moment des efforts effectués par l'enfant pour aller à la selle. A l'examen, l'anus est béant T.R. rien d'anormal.

L'enfant est soumis à un traitement hygiéno-diététique associé à des frictions mercurielles ; la guérison apparaît au bout d'un mois. Cet enfant, revu quelque temps après en consultation pour un hématome sous ingueal. Le P.R. n'est pas retrouvé.

Observation 11. — L. P., sexe féminin, huit ans. Au moment de la défécation la mère constate la production d'un prolapsus. L'examen montre une muqueuse volumineuse en faisant forcer l'enfant, tandis que l'on tire sur l'anus la muqueuse fait légèrement saillie. La rectoscopie ne montre rien d'anormal. L'enfant est traité médicalement, traitement hygiéno-diététique (alimentation végétarienne), repas à heure fixe, l'enfant ira à la selle couchée) + ampho-vaccin intestinal Ronchèse-Rubiazol.

Observation 12. — P. N., âgé de 3 ans, vu en consultation pour P. R. depuis un mois environ, soigné par traitement médical.

Observation 13. — B. A., âgé de 8 ans — P. R. depuis un an — apparu à l'occasion d'une constipation persistante. *A l'examen :* enfant malingre, strasbisme interne, jambes arquées, micropolyadénopathies sous-maxillaires. T. R. montre un sphincter tonique, la muqueuse ne paraît pas décollée sur le plan musculaire, ne revient pas quand on retire le doigt.

Toutefois sur la vue du Prolapsus rectum, l'intervention est décidée, après que l'enfant fut mis en observation pendant une dizaine de jours avec 2 cgr. de calomel.

Le cerclage est fait avec un fil métallique.

Deux mois après l'ablation du fil la région périanale est souple, le prolapsus ne se reproduit pas, même à l'effort. L'hospitalisation est poursuivie quelques jours. Le prolapsus ne s'est pas reproduit.

Observation 14. — G. A., sexe masculin, 6 ans. Depuis deux à trois mois a un prolapsus qui sort assez fréquemment (au moins à chaque selle et les selles sont fréquentes), l'examen ano-rectal ne montre pas de prolapsus même en faisant pousser le malade. Le T.R. ne montre pas d'anomalie sphinctérienne, ni muqueuse. En observation : le prolapsus se manifeste. On le cercle au fil de bronze à l'aide de deux passages successifs en demi-circonférence — première pénétration à 9 heures pour sortir à 3 heures en passant en avant. La deuxième à 9 heures pour sortir à 3 heures en passant vers l'arrière. Un mois après suites opératoires bonnes. Le décerclage est pratiqué, l'enfant est en bon état. Quelques jours plus tard l'enfant sort, le P. R. ne s'est pas reproduit.

Dans les antécédents de cet enfant nous notons du Pimphigus à répétition depuis la naissance (soigné par Acétylarsan) parfois des éruptions cutanées. A eu la varicelle, la rougeole et est porteur d'une hernie inguinale.

Observation 15. — C. A., âgé de 3 ans. — A présenté depuis quelques mois un prolapsus rectal (pas de constipation, pas de selles fréquentes). Ce P.R. survient soit spontanément après une station debout prolongée soit à l'occasion des efforts faits pour aller à la selle ou encore à la marche. A l'examen P. R. n'est pas retrouvé. Le T. R. permet de conclure à la présence d'un sphincter tonique, la muqueuse anale paraît très ample légèrement décolée sur la musculeuse. Le doigt retiré ne ramène pas d'évaginations visiteuses. Mais par la suite le P. est sorti plusieurs fois — un cerclage au crin double est pratiqué. Un mois après, décerclage par ablation du fil sans complication. Sort trois jours après en excellent état général et local.

Observation 16. — E. R., sexe féminin, 3 ans. — Cet enfant, vue à plusieurs reprises en consultation pour P. R., celui-ci sortant très souvent à ce moment là (quatre fois en quelques heures) et accusant le volume d'une grosse pomme on décide l'intervention. On traite d'abord une diarrhée persistante que présente l'enfant. A l'intervention l'anus est béant et très large (une pièce de 2 fr.).

— On fait un cerclage au fil de bronze.

— Il s'ensuit une suppuration légère, mais presistante, quelques jours après un gros abcès de la marge de l'anus a diffusé largement de part et d'autre de l'orifice anal (peau rouge, chaude, tuméfiée avec fluctuation) ?

— Deux jours après on pratique l'ablation du fil de cerclage. L'abcès tout à fait sous-cutané se vide par l'orifice de passage du fil. L'enfant sort deux mois après guérie. Le prolapsus ne s'est pas reproduit.

Observation 17. — C. A., sexe féminin, 3 ans. — P. R. ayant apparu il y a six mois à la suite d'une coqueluche. Il y a deux mois a subit un cerclage au crin à Lyon. Il y a deux jours formation d'une collection suppurée de la région périnale, du côté droit. La collection s'évacue spontanément. A l'examen présente une toute petite fistule qui suinte légèrement à la commissure postérieure de l'anus (présente à 6 heures une forme indurée dans la région périanale).

— Deux jours après son arrivée dans les services on pratique l'ablation du fil de cerclage (cette ablation s'avère assez difficile).

Sort guérie 5 jours après.

— Revue en consultation un mois plus tard le P. R. se serait reproduit deux à trois fois, mais moins important qu'auparavant.

On conseille : le repos aussi souvent que possible.

— d'éviter la station debout prolongée ;
— d'éviter la constipation ;
— de ramener l'enfant dans quelques jours pour juger de l'éventualité d'un nouveau cerclage.

Observation 18. — D. C., sexe masculin, enfant épileptique (anormal), âgé de 10 ans, vient d'une maison de rééducation. Instable comitial.

A présenté durant son séjour un P. R. récidivant.

— A été cerclé une fois au Puy, ce cerclage a tenu peu de temps.

— A eu dans la même ville une fixation coccygienne qui a tenu quelques mois.

Au cours de cette dernière intervention a présenté un accident anesthésique assez sérieux.

A l'examen : état psychique — très déficient — perd ses matières et ses urines, présente un P. anal de la dimention d'une petite orange.

Le lendemain de son entrée présente une crise comitiale subintrante avec morsures de la langue et pertes d'urines. Est cerclé, après traitement de son état comitial, avec du flexofil.

Trois mois après est décerclé pour mauvais état local. Le mois suivant récidive du P. R. qui amène un nouveau cerclage au fil de lin.

Observation 19. — W. G., sexe masculin, âgé de deux ans, rentre pour P.R. qui s'est produit il y a une quinzaine de jours pour la première fois. Etait alors facilement réductible, s'étant reproduit la veille de son entrée n'a pas pu être réduit.

A l'examen : P. important du volume d'une petite pomme, réductible, mais qui ressort dès que l'enfant tousse ou crie, est cerclé au fil de crin (enfouissement du nœud par une agrafe).

Trois jours plus tard, légère suppuration permet toutefois de conserver le cerclage.

Ablation du fil, deux mois après. Bon état général et local.

Observation 20. — B. H., sexe masculin, âgé de 9 ans. Nous est envoyé du service de médecine ou un prolapsus rectal a été observé une fois, mis en observation dans le service le P. n'a pas été constaté.

Observation 21. — R.J.C., du sexe masculin, âgé de trois ans. — Depuis deux mois les efforts de défécation entraînent la sortie d'un Prolapsus rectal, traité médicalement (suppositoire : hygiène et diététique). En deux jours tout rentre dans l'ordre, puis on assiste à une récidive. A l'entrée, l'enfant présente un P.R. typique. Un cerclage au fil de bronze-aluminium est pratiqué. Une dizaine de jours après l'enfant fait un accident ; température à 40°2 avec convulsions, la température reste en plateau, elle résiste aux enveloppements froids. Les selles sont diarréthiques et nombreuses. L'enfant est passé dans un service de médecine. Deux mois après, il est revu pour décerclage. L'état général et local sont très satisfaisants.

Observation 22. — F.G., du sexe masculin, âgé de huit ans, présente un P.R. avec un anus infundiliforme. Il est cerclé au fil de bronze. Sort deux mois après. En bon état.

Observation 23. — B.H., âgé de trois ans, sexe masculin. — Présente un Prolapsus rectal « récidivant formellement depuis six mois ». En observation, l'enfant présente une diarrhée qui est soignée, dans le service. Un cerclage est pratiqué au catgut, huit jours après son entrée. Un mois après, ablation du fil de cerclage qui blesse la peau, on a l'intention de réintervenir si le P.R. se reproduit. Cet enfant est revu six ans après dans le service pour un kyste du cordon droit, il reste un mois dans le service pour une intervention sur le kyste présenté. Le prolapsus ne s'est jamais reproduit.

Observation 24. — G.M., du sexe féminin, âgée de quatre ans. — Rentre pour P.R. dans le service, mise en observation 14 jours, le prolapsus ne s'est jamais reproduit dans le service.

Observation 25. — B.H., sexe féminin, âgée de quatre ans. — A eu un cerclage au Puy, où elle a été décerclée un mois après. Depuis le P.R. serait sorti une fois. Est gardée 12 jours en observation dans le service. Le prolapsus ne s'étant pas extériorisé, n'a pas été recerclé.

Observation 26. — R.M., trois ans, sexe masculin. — Depuis un mois présente une tumeur rouge apparaissant à l'anus à chaque selle, le prolapsus constaté dans le service est cerclé au fil de bronze. Est décerclé un mois et demi après. Sort le lendemain du décerclage en excellent état local et général.

Observation 27. — D.M., deux ans et demi, sexe féminin, un P.R. facilement réductible, mais incoercible par le fait de la béance anale et d'une grande insuffisance sphynctérienne. Est cerclé au flexofil. Une dizaine de jours après le cerclage, le prolapsus ne s'est pas reproduit, mais on assiste à un écoulement séro-purulent de l'anus. On décercle l'enfant, au cours du décerclage l'extériorisation de la muqueuse à tendance à se reproduire. Deux jours après l'enfant ne souffre plus et ne présente plus d'écoulements séro-purulents. Treize jours après, le prolapsus ne s'est jamais reproduit et l'enfant va normalement à la selle et sans douleur.

Observation 28. — B.P., quatre ans, sexe masculin. — Dans ses antécédents : une rougeole et une entérite. Présente à l'entrée un P.R., un sphincter anal déficient. De plus, cet enfant présente un impétigo. Il est cerclé avec du flexofil après avoir reçu un traitement à la pénicilline (600.000 unités). Anesthésie générale, petite syncope anesthésique au réveil. Sort le lendemain, à revoir pour ablation du fil.

Observation 29. — M.H., sexe masculin, âgé de six ans. — Entre pour P.R. En observation dans le service, le prolapsus n'est pas constaté.

Observation 30. — S.J.C., âgé de deux ans et demi. — Rentre pour P.R., présente une diarrhée avec selles liquides noirâtres et émission d'un peu de sang. Le prolapsus, réduit, récidive le jour suivant. A l'examen : pas de prolapsus, celui-ci se reproduit en retirant le doigt introduit dans le rectum pour effectuer un T.R. La muqueuse anale est rouge, enflammée, tuméfiée. Le P.R., de la grosseur d'une noix, apparaît et de nombreuses récidives sont constatées avant le cerclage qui est fait au crin double. Ce malade est revu 10 jours après pour un petit abcès en marge de l'anus. On pratique l'ablation du cerclage. L'infection cesse. Quelques jours plus tard le prolapsus ne s'étant pas reproduit, l'enfant quitte le service. Il revient 50 jours après, car au niveau du rectum persiste un

petit bourgeon charnu et un petit cratère par où s'écoule du pus. Le prolapsus ne s'est pas reproduit. A l'examen, on constate la persistance d'un crin dans l'orifice de suppuration, on le retire. En effet, un seul crin avait été retiré au moment du décerclage. Six jours après l'enfant sort du service en excellent état.

Observation 31. — C.R., sexe masculin, âgé de deux ans et huit mois. — Entre pour un P.R. Celui-ci, réduit, ne se reproduit pas. Sort huit jours après sans avoir été cerclé.

Observation 32. — B.L., sexe masculin, âgé de trois ans. — La famille constate un P.R. qui se reproduit à chaque selle, la réduction en est facile. L'enfant est mis en observation. Le P.R. s'étant reproduit, il est cerclé au crin double (on dispose une agrafe pour enfouir le nœud). Revient deux mois après pour décerclage. Cinq mois plus tard, le P.R. s'est reproduit. Nouveau cerclage au fil de bronze — qui est enlevé quinze jours après. — Sort 15 jours après le décerclage en excellent état. Le P.R. ne s'est pas reproduit.

Observation 33. — L.A., sexe masculin. — Entre pour un prolapsus important apparu pour la première fois dans un effort de toux. Quelques jours avant, la famille a constaté du sang dans les selles. A l'examen, P.R. assez facilement réductible. Il est cerclé avec deux crins et décerclé deux mois plus tard tandis que l'enfant était revu pour une fracture du coude droit.

Observation 34. — B.G., sexe masculin, 10 ans. — Présente un état entéritique en relation avec une apendicite chronique ce qui entretient la production d'un P.R. à chaque selle. On l'opère de l'appendicite dans le service avec de bonnes suites opératoires. Le P.R. ne s'étant jamais reproduit depuis l'opération, l'enfant sort avec un traitement médical (formocarbine-stovarsol).

Observation 35. — P.A., âgé de trois ans, sexe masculin. — Vu en consultation avec une hernie inguinale D. et un Prolapsus anal ; il souffre depuis quelque temps d'une appendicite chronique. On effectue, dans le service, la cure herniaire par intervention classique et une appendicectomie est aussi pratiquée. Le prolapsus n'a pas été cerclé et a cessé de se reproduire.

Observation 36. — C. Cl., 12 ans et 9 mois, sexe masculin. — Présente un Prolapsus rectal datant d'environ trois mois et qui atteint 5 à 6 cm. L'orifice anal est élargi admettant facilement le médium. Un cerclage au fil de bronze est posé. L'enfant est décerclé un mois après environ.

Observation 37. — A.R., un an et sept mois. — Vu en consultation pour P.R., on conseille l'hospitalisation pour l'intervention de cerclage. L'enfant n'a pas été hospitalisé.

Observation 38. — D.F., trois ans et demi, sexe masculin. — A eu un cerclage pour P.R. un mois avant son entrée dans le service, vient pour des phénomènes douloureux et des petits écoulements séro-purulents au niveau de l'anus, ainsi que des douleurs au moment des mictions. Le fil n'a pas été enlevé. A l'examen : la région anale est enflammée et l'on aperçoit nettement le fil de bronze, la peau ayant cédé à la partie antérieure. Le fil tiend solidement à la partie postérieure de l'anus. On procède à l'ablation du fil et au nettoyage de la région. L'enfant sort une dizaine de jours après en bon état.

Observation 39. — C.J., sexe féminin, âgée de deux ans et un mois. — Entre pour P.R. A l'examen, orifice anal infundibulaire. Le T.R. permet de préciser que la muqueuse est anormalement plissée et dépressible. Cependant au cours des examens pratiqués les jours suivants, le P.R. signalé par la mère n'ayant pas été constaté l'enfant est mise en observation et n'est cerclée qu'après que le P.R. a été constaté, un mois plus tard. Le cerclage est fait avec du flexofil. Abandonnée par la mère, l'enfant passe à l'Assistance. Quatre mois après l'enfant revient le prolapsus s'étant produit trois fois dans une semaine. A l'examen : P.R. typique muqueuse anale faisant largement saillie à l'extérieur. La réduction est facile. Un nouveau cerclage au fil d'argent est posé sans accidents ni suppuration. Dix jours après, apparition d'un petit bourgeon charnu qui est cautérisé. Le mois suivant, ablation du fil de cerclage. Vu encore le mois suivant, le prolapsus ne s'est pas reproduit.

Observation 40. — M.R., sexe masculin, âgé de cinq ans. — Entre pour P.R. réductible, mais qui se reproduit depuis un an et demi. L'état général est bon. L. T.R. permet de

percevoir une muqueuse normale, le prolapsus ne s'étant pas produit dans le service. Au bout de 11 jours l'enfant est autorisé à sortir.

Observation 41. — A.F., sexe masculin, âgé de sept ans et cinq mois. — Depuis plusieurs mois, la famille a constaté un P.R. se produisant au moment de la défécation. A l'examen : anus d'aspect normal, au T.R. pas de néoformation, au cours de la défécation la saillie de muqueuse rectale au dehors est constatée. Est cerclé au fil de bronze. Un mois après ablation du fil de cerclage. Cinq jours après sortie en bon état.

Observation 42. — L.F., sexe masculin, âgé de un ans et neuf mois. — Vu dans le service pour P.R., muqueuse étranglée. La réduction est facile par manœuvres habituelles. L'intervention est retardée par suite de phénomènes grippaux et d'une suppuration au niveau de la cicatrisation d'une vaccination sur la face antérieure du pied D. Cerclé dix jours après au fil d'argent. A été décerclé à une date qui n'est pas précisée, sans accident.

Observation 43. — L.B., sexe masculin, âgé de deux ans et demi. — Vient d'un service de médecine où il est suivi pour un état atrepsique. Il s'agit d'un retardé psychique (ne parle pas encore). La mère a remarqué le P.R. se produisant chaque fois que l'enfant va à la selle. Le T.R. ne montre rien de particulier. L'enfant présente de l'entérite (selles diarréthiques) avec quelques filets sanguins. Est cerclé, sept jours après, au fil d'argent. Sans incidents. Est décerclé un mois après.

Observation 44. — C.B., sexe masculin, de l'assistance publique, âgé de trois ans et trois mois. — Hospitalisé pour P.R. ayant résisté au traitement contre la constipation, continuant à se reproduire à chaque selle. Est cerclé au fil d'argent. Revu trois mois après, on fait l'ablation du fil.

Observation 45. — T.Q.L., enfant de deux ans et neuf mois. — Après examen : on fait un cerclage de l'anus, le matériel employé n'a pas été indiqué. L'enfant est traité en même temps pour un panari du pouce gauche qui a été incisé. Tout est rentré dans l'ordre. Un mois après l'ablation du cerclage, une collection suppurée se trouve autour du fil de cerclage

se draînant facilement vers les orifices du fil. Il est signalé encore un nouveau panari à l'annulaire, incision. Sort six jours après, guéri.

Observation 46. — W.A., enfant âgée de deux ans et trois mois. — Depuis un an, accuse un P.R. se produisant au moindre effort. Un traitement tendant à éviter la constipation, n'empêche pas le P.R. de se produire. Est cerclé au fil d'argent. Sort huit jours après, n'a pas eu d'incident. Est revue pour l'ablation du fil.

Observation 47. — D.D., sexe masculin, âgé d'un an et 11 mois. — Vu en consultation : présente un P.R. qui, depuis juin, sort au moment des selles. Une constipation et des douleurs abdominales. Au T.R., on note un très bon sphincter. On conseille un traitement médical pour éviter la constipation (huile de ricin). Revu le mois suivant à la suite d'un décollement épiphysique du radius gauche. Le P.R. se produit comme précédemment. Est cerclé trois mois plus tard au fil d'argent double. Est revu deux mois et demi après pour décerclage. Sans accidents.

Observation 48. — N.M., âgée de un an et huit mois. — Présente un Prolapsus muqueux du rectum survenu à la suite d'une gastro-entérite (provoquée, paraît-il, par une indigestion de fruit). Ce P.R. mesure de 3 à 4 cm. L'enfant mis en observation dans le service, le prolapsus est constaté. Il est cerclé au fil d'argent (tortillon enfoui par une petite incision). Est décerclé, sans accident, cinq mois après.

Pour faciliter, d'une part, l'interprétation des différents cas que nous venons de publier et, d'autre part, la suite de cet exposé, nous avons condensé les divers renseignements relatifs à chaque observation dans le tableau synoptique suivant. Nous mentionnons dans les diverses colonnes les éléments utiles à la compréhension de l'évolution de l'affection, les résultats des traitements suivis, en particulier chirurgicaux, et, dans le cas de traitement chirurgical, le matériel employé.

INTERPRÉTATION DES OBSERVATIONS

— *Facteurs étiologiques.*
— *Malades non cerclés.*
— *Malades cerclés.*

C'est à dessein que nous avons donné d'une façon assez détaillée les observations des 48 cas de Prolapsus que nous avons étudiés, car il nous a paru nécessaire, pour interpréter les résultats des thérapeutiques employées, de faire la part du rôle joué, dans la réussite du traitement médical ou chirurgical, parfois dans l'apparition des complications, par les différentes circonstances qui ont présidé, soit à la genèse, soit à l'évolution de l'affection envisagée.

Facteurs étiologiques

Sans vouloir ici, il est vrai, nous étendre sur les facteurs étiologiques et pathogéniques du Prolapsus rectal, ce qui ne nous paraît pas appartenir au cadre que nous nous sommes fixé, nous croyons utile cependant de mentionner un certain nombre de constatations qui nous sont apparues à l'étude de nos dossiers et qui semblent nécessaires pour éclaircir le résultat et la valeur des traitements employés et souvent même pour expliquer l'apparition des complications que nous avons constatées.

Le Prolapsus rectal, en effet, semble être souvent la conséquence d'un ensemble de facteurs et parmi eux, après l'étude de nos observations, nous croyons pouvoir attribuer un rôle important à la famille ou au milieu familial, au sexe et à l'âge du malade.

On sait en effet, comme l'a fait remarquer d'ailleurs L'Hirondelle dans une communication sur le Prolapsus insérée dans *Le Nourrisson* de janvier 1944, que le Prolapsus est une affection qui se voit plutôt chez les enfants élevés « dans les collectivités de nourrissons », dans lesquelles l'enfant est l'objet d'une surveillance moins constante, notamment au moment où il va à la selle. Sept des observations que nous avons examinées ont pour sujet des enfants venant de l'Assistance publique, deux autres enfants appartenaient à des collectivités, quelques autres à des familles nombreuses, où souvent aussi sont réunis tous les facteurs locaux et généraux favorisant le glissement de la muqueuse rectale.

Le sexe et l'âge seraient aussi des facteurs étiologiques importants dans la genèse du Prolapsus rectal. 34 de nos observations appartiennent à des enfants du sexe masculin, 14 du sexe féminin, soit une proportion de 70 % de garçons parmi les enfants atteints de cette affection. Le plus souvent celle-ci se présenterait entre 2 et 4 ans ; en effet, 35 de nos dossiers sur 48 sont compris entre ces âges limites ; au delà de 4 ans, le Prolapsus rectal se verrait chez des enfants porteurs d'autres tares organiques, comme nous l'avons observé, par exemple, chez les enfants faisant l'objet des observations 5, 14 et 34.

— Il s'agit en effet, à l'observation 5, d'un enfant de 6 ans qui, présentant un P. R., est issu d'une mère syphilitique et chez lui il est noté :

— une mauvaise dentition ;
— une polymicro-adénopathie ;

— une cyanose permanente à l'extrémité des membres ;
— une hépatomégalie.

— L'enfant de l'observation 14 est âgé de 6 ans, présente un P. R., et il est signalé dans ses antécédents du « pimphigus » à répétition depuis sa naissance. Au moment de l'examen : éruptions cutanées et une hernie inguinale.

— A l'observation 34 il s'agit d'un enfant de 10 ans, instable comitial, sortant d'une maison de redressement, à l'état psychique très déficient, perdant à l'entrée ses matières et ses urines.

Il n'appartient pas à cette étude d'établir le rapport, si ce rapport existe, entre ces différentes affections présentées par ces enfants et le Prolapsus dont ils sont porteurs. Il s'agit d'une simple constatation, sans autre prétention que de montrer le rôle étiologique de l'âge dans l'apparition de l'affection que nous étudions.

Cependant le mauvais état général du malade, souvent associé à un mauvais fonctionnement intestinal, est une cause plus directe du Prolapsus rectal. En effet, si 32 de nos observations portaient sur des sujets qui avaient des affections intercurrentes ou des tares organiques ou même un mauvais état général, 17 de nos malades étaient atteints de constipation ou de diarrhée ; ces éléments sont indiqués dans le tableau synoptique que nous avons produit.

Malades non cerclés

Tous ces facteurs que nous venons de signaler ont une incidence sur le résultat du traitement. D'ailleurs, souvent, il a suffi de diriger la thérapeutique vers la correction de ces troubles pour guérir l'en-

fant de son prolapsus. Nous avons constaté cela chez un certain nombre de nos malades où le prolapsus était lié soit à un mauvais état général, soit à une affection intercurrente, soit à une hérédité spécifique.

Ainsi, dans les observations 5, 6 et 10, il s'agit de malades syphilitiques ou hérédo-syphilitiques chez lesquels est apparu un Prolapsus rectal dont le traitement spécifique approprié a amené la disparition du Prolapsus rectal sans avoir recours à une intervention.

Chez le malade de l'observation 31, un traitement hygiéno-diététique amène la disparition du prolapsus.

Dans un certain nombre de cas l'appendicectomie associée à un traitement approprié à l'amélioration de l'état général et intestinal amène la guérison, comme dans l'observation 34.

Aux observations 6 et 7, le traitement de l'état intestinal amène aussi la guérison ; chez d'autres malades, le traitement d'affections intercurrentes présentées par le sujet amène également la disparition du prolapsus.

Quelques-uns de nos malades vus en consultation ou même qui sont entrés dans le service pour un prolapsus affirmé par la famille, ce dernier n'ayant pas été constaté dans le service après une mise en observation pendant quelques jours, n'ont pas fait l'objet d'une indication opératoire et ont seulement bénéficié d'un traitement médical approprié à leur état (traitement hygiéno-diététique, traitement propre à redresser l'état général, quelques fois un traitement local de l'affection). Puis ces malades ont été autorisés à quitter le service. Nous avons pu en revoir certains pour d'autres affections quelques temps après ; l'interrogatoire de la famille a permis alors de noter que le prolapsus ne s'était plus reproduit, ce sont les observations 1, 7, 8, 12, 20, 24,

29, 34, 37 et 40. Le diagnostic dans ces cas n'ayant pas été confirmé par l'examen, nous ne pouvons rien en déduire de certain sur la valeur du traitement qu'ont reçu ces malades. Cependant chez ceux-là mêmes de nos malades qui ont subi une intervention de cerclage un traitement médical au minimum hygiéno-diététique a toujours été mis en œuvre avant et après l'intervention.

Malades cerclés

Sur les 48 dossiers que nous avons examinés, 29 malades ont subi une intervention de cerclage anal, mais n'ont été cerclés que des enfants dont le prolapsus a été constaté dans le service et, dans certains cas, après l'échec d'un traitement médical dirigé contre les causes probables du prolapsus, associé à une réduction manuelle.

Pour chaque malade, un toucher rectal a été pratiqué et pour certains une rectoscopie pour confirmer qu'il s'agissait bien du Prolapsus rectal et qu'il n'était nullement question d'un polype rectal fuyant sous le doigt au toucher rectal. De telle sorte que nous croyons pouvoir affirmer que les 29 malades qui ont été cerclés dans le service avaient réellement un Prolapsus rectal et qu'il n'y a pas eu à ce propos d'erreur de diagnostic.

L'intervention a été pratiquée avec un matériel divers, sous anesthésie générale et suivant une technique voisine de celle décrite par Thiersch, et que nous indiquerons plus loin.

Plusieurs catégories de fils de cerclages ont été employées :

— des fils non métalliques : fils de soie, de catgut, de lin, de crin et flexofil ;

— des fils métalliques : fils de bronze ou d'argent.

A. — Cerclages aux fils non métalliques

1° *Cerclage au catgut.*

Un seul de nos malades a été cerclé avec du catgut, il fait l'objet de l'observation 23, il s'agit d'un Prolapsus rectal datant de six mois. Dix-sept jours après son cerclage on est obligé de pratiquer l'ablation du fil, qui blesse la peau ; cette ablation est effectuée avec l'intention de recercler si le Prolapsus rectal se reproduit, mais il n'y a pas eu de récidive. L'enfant est revu six ans plus tard dans le service où il est suivi pendant un mois pour une autre affection. Le prolapsus n'est jamais constaté. Nous pouvons le considérer comme un cas de guérison.

2° *Cerclage au fil de soie.*

Deux de nos malades ont été cerclés au fil de soie. Ils font l'objet des observations 2 et 9.

Observation 2. — Cerclé au fil de soie, est suivie dans le service pour d'autres raisons que son prolapsus ; revue cinq mois plus tard avec une récidive par rupture du fil ; après plusieurs réductions manuelles, le Prolapsus rectal ne réapparaît plus.

Observation 9. — Le cerclage est suivi d'une suppuration qui entraîne une extériorisation du fil, obligeant à pratiquer le décerclage, qui amène la disparition de la suppuration et est suivie de guérison.

Donc, sur deux cerclages au fil de soie, nous avons deux guérisons après complications.

3° *Cerclage au fil de lin.*

Un de nos malades a été cerclé au fil de lin, c'est l'observation 4. Six jours après le cerclage, on est obligé de pratiquer un décerclage prématuré, l'enfant ayant continuellement la diarrhée. La récidive étant à craindre, on soigne la diarrhée et on conseille de ramener l'enfant après guérison de celle-ci. Il n'a pas été ramené.

N. B. — Un de nos malades, l'observation 18, qui avait été cerclé dans une autre ville avec un fil de lin et avait eu aussi une fixation coccygienne sans succès, a été recerclé dans le service, d'abord au flexofil avec récidive après décerclage, puis au fil de lin ; ce dernier cerclage a amené la guérison.

4° *Cerclage au flexofil.*

Quatre de nos malades ont été cerclés au flexofil, ce sont ceux des observations 18, 27, 39, 28.

Observation 18. — Voir plus haut.

Observation 27. — Quinze jours après le cerclage on assiste à un écoulement séropurulent de l'anus avec douleur et tendance à l'extériorisation de la muqueuse anale. Le décerclage pratiqué amène l'arrêt de l'écoulement purulent. Le prolapsus s'est reproduit quelques fois puis a disparu.

Observation 39. — Ici, le cerclage au flexofil est suivi de suppuration, l'ablation du cerclage amène la guérison de la suppuration, puis récidive du Prolapsus rectal trois fois dans une semaine, quatre mois après, nécessitant ainsi un nouveau cerclage au fil

d'argent qui amène la guérison du Prolapsus rectal, laissant un petit bourgeon charnu qui a été facilement cautérisé.

Observation 28. — Le cerclage amène la guérison sans complication, on signale cependant un accident anesthésique (pas imputable à l'opération elle-même).

Donc sur quatre cas de cerclage au flexofil nous avons observé un seul succès sans complication (observation 28), deux guérisons après complications et récidives, un échec.

5° *Cerclage au crin double.*

Six de nos malades ont été cerclés au crin double :

— deux ont pratiquement amené la guérison sans complication, ce sont les observations 15 et 23 ;

— quatre ont été suivies de complications dont la guérison a amené la disparition du Prolapsus rectal, ce sont les observations 17, 19, 30, 32.

Observation 17. — Déjà cerclé à Lyon. Le cerclage est suivi de la formation d'une collection suppurée de la région périnéale du côté droit, s'évacuant spontanément par une petite fistule, entraînant l'ablation prématurée du fil et on assiste à une récidive du Prolapsus rectal qui ne persiste cependant pas, celui-ci ayant disparu après quelques jours avec un traitement médical.

Observation 19. — Légère suppuration entraînant l'ablation du fil trente-cinq jours après le cerclage. Le Prolapsus rectal ne se reproduit pas.

Observation 30. — Le cerclage est suivi de la formation d'un petit abcès de la marge de l'anus entraînant l'ablation du fil. Le Prolapsus rectal ne s'est pas reproduit deux mois après.

Observation 32. — On assiste à une récidive après décerclage effectué deux mois après l'intervention. Un nouveau cerclage au fil de bronze amène la guérison sans complication.

Observation 15. — Décerclé un mois après l'intervention, le malade sort trois jours après sans complication.

Observation 33. — Décerclé deux mois après l'intervention, a été guéri sans complication.

En conclusion, comme nous le résumons dans le tableau suivant, avec les cerclages aux fils non métalliques nous pouvons, sur 16 cerclages, signaler quatre succès où le cerclage a amené la guérison sans complication : ce sont les observations 15, 33 et 28. Les autres cerclages ont amené la guérison du Prolapsus rectal après des complications diverses que nous étudierons par la suite. C'est le cas des observations 9, 23, 17, 19, 30.

B. — Les cerclages aux fils métalliques

Les cerclages aux fils métalliques ont été effectués, soit avec un fil de bronze, soit avec un fil d'argent.

1° *Cerclages au fil de bronze.*

Nous avons retrouvé neuf observations relatives aux cerclages au fil de bronze.

— 7 ont été effectuées amenant la guérison, ce sont les observations 14, 21, 22, 26, 32, 36 et 41 ;

— 2 des cerclages au bronze ont amené la guérison après des complications, observations 16 et 38.

Dans l'observation 32, il s'agissait d'une récidive d'un cerclage au crin double, comme nous l'avons indiqué au paragraphe réservé à cette catégorie de cerclages.

A la suite de cette récidive, un cerclage au fil de bronze est pratiqué ; laissé quinze jours en place, il amène la guérison du prolapsus.

Observation 14. — Le cerclage, bien qu'effectué sur un enfant ayant d'autres tares organiques, laissé un mois en place, a amené la guérison du prolapsus sans complication.

Observation 21. — Il s'agit ici d'un cerclage avec un fil de bronze-aluminium, qui a été suivi de crises convulsives, température 40°2, avec selles diarrhéiques, mais cette symptomatologie ne paraît pas avoir de rapport avec l'intervention et, à plus forte raison, ne lui paraît pas imputable. D'ailleurs, après un séjour en médecine entraîné par ces troubles, l'enfant subit un décerclage deux mois après, qui amène la disparition du prolapsus sans complication locale.

Les observations 22, 26, 36 et 41 relatent des cerclages amenant la guérison sans être suivies de complications. La date du décerclage dans l'observation 22 n'ayant pas été précisée, rien ne nous permet cependant de supposer que ce décerclage n'a pas été effectué.

Le cerclage de l'observation 26 est laissé en place un mois cinq jours ; ceux des observations 36 et 41 sont laissés vingt-cinq jours en place.

Les cerclages des observations 16 et 38 sont suivis de complications locales.

Observation 16. — Le cerclage est posé chez un enfant présentant des troubles intestinaux graves, il est suivi de suppuration et même d'un abcès de la marge de l'anus ; l'ablation du fil de cerclage amène l'évacuation de l'abcès et la guérison de la suppuration ; le prolapsus ne s'est pas reproduit.

Observation 38. — Le malade, à la suite du cerclage, a présenté un écoulement séro-purulent au niveau de l'anus et des douleurs au moment des mictions, il y a même une extériorisation du fil de cerclage. L'ablation du fil et le nettoyage de la région amènent la guérison des complications. Le malade est sorti en excellent état.

On le voit, les cerclages au fil de bronze ont une plus grande proportion de guérisons, neuf sur neuf malades cerclés ; on y rencontre une bien plus forte proportion de guérisons sans complication que dans les cerclages aux fils non métalliques, sept cas sur neuf, et une bien plus faible proportion de complications, deux cas suivis de complications sur neuf cas cerclés.

2° *Cerclage au fil d'argent.*

Nous avons retrouvé dans nos dossiers sept malades cerclés au fil d'argent. Ce sont les observations 39, 42, 43, 44, 46, 47 et 48.

Observation 39. — Il s'agit d'une récidive d'un cerclage au flexofil. Après le cerclage au fil d'argent, il y a apparition d'un petit bourgeon charnu qui a été facilement cautérisé et la guérison du prolapsus est complète, sans autres complications, après le décerclage.

Les cerclages des observations 42, 43, 44 et 46 ont amené la guérison sans complication. Le malade de l'observation 44, revu trois mois après le cerclage, est décerclé à cette occasion. Le prolapsus est guéri et il n'y a pas eu de complication.

Nous avons donc eu seulement deux malades, dont nous avons étudié les dossiers, dont le cerclage au fil métallique a été suivi de complications sérieuses, et ces malades étaient cerclés au fil de bronze. Cependant, à chaque fois, le décerclage, en amenant la guérison de la suppuration ou de l'abcès qui sont les complications relevées aux observations 16 et 30, a été suivi de la guérison du prolapsus.

Par contre, les 14 autres cerclages aux fils métalliques, et parmi eux les 7 cerclages au fil d'argent, ont amené la guérison sans complication.

Nous avons résumé dans le tableau suivant l'ensemble des résultats obtenus avec les différents cerclages, ce qui permet une comparaison rapide et ainsi, en quelque sorte, de voir la valeur relative des différents matériaux employés.

MATÉRIEL EMPLOYÉ	NOMBRE DE CAS CERCLÉS	NOMBRE DE CAS GUÉRIS SANS COMPLICATION	NOMBRE DE CAS GUÉRIS AVEC COMPLICATIONS	RÉCIDIVES OU ÉCHECS	DIVERSES COMPLICATIONS	
					SUPPURATIONS ÉCOULEMENTS SÉRO-PURULENTS ABCÈS	AUTRES COMPLICATIONS : Rupture du fil. Bourgeons charnus. Extériorisation du fil.
Catgut.....	1		1 { N° de l'observ. 23			
Soie.....	2		1 { N° de l'observ. 9	1 { N° de l'observ. 2 (R)	N° de l'observ. 9	Rupture du fil (obs. 2). Extériorisation du fil (obs. 9).
Lin.....	2	1 { N° de l'observ. 4		1 { N° de l'observ. 18 (E)		
Flexofil.....	1	1 { N° de l'observ. 28		3 { N° des observ. 18 - 27 - 39 (R)	N° des observ. 27 - 39	Bourgeon charnu (obs. 39).
Crin double..	6	2 { N° des observ. 15 - 33	3 { N° des observ. 17 - 19 - 30	1 { N° de l'observ. 32 (R)	N° des observ. 17 - 19 (Suppur.) 30 (Abcès)	
Bronze.....	9	7 { N° des observ. 14 - 21 - 22 26 - 32 - 36 - 41	2 { N° des observ. 16 - 38		N° des observ. 16 (Suppur.) 38	Extériorisation du fil (obs. 38).
Argent.....	7	6 { N° des observ. 12 - 43 - 44 46 - 47 - 48	1 { N° de l'observ. 1			

ÉTUDE DES COMPLICATIONS

Après avoir donné le bilan des interventions de cerclage dans les cas de Prolapsus que nous avons étudiés, et afin de pouvoir préciser exactement les dangers et les inconvénients de l'opération, avant même d'en indiquer la technique exacte, il nous paraît intéressant de faire une étude plus approfondie des complications que nous avons pu relever à l'examen de nos dossiers. Ceci dans le but d'attribuer à leurs vraies causes les incidents constatés et de définir la part de responsabilité qui incombe à la technique opératoire elle-même.

Les principales complications que nous avons pu relever au cours de cette étude sont les suivantes :

— Le plus souvent ce sont des suppurations ou des écoulements séro-purulents par une petite fistule, des abcès marginaux ou des collections purulentes qui ont suivi le cerclage.

— Il a été observé aussi, dans quelques cas, des récidives après le cerclage, des extériorisations du fil venant parfois à la suite d'une suppuration.

— Dans quelques cas, des bourgeons charnus, notamment au niveau du nœud.

— Des douleurs à la défécation, parfois à la miction, comme dans une de nos observations.

— Il est signalé aussi un cas de diarrhée.

— La rupture du fil dans une observation.

— Une blessure de la peau dans un autre cas.

Nous avons relevé des complications de suppurations, d'écoulement séro-purulent, des fistules et des abcès marginaux de l'anus. Dans les observations 39, 16, 17, 19, 30, 38, 9, 27, dans tous ces cas de suppuration, nous n'avons que deux cerclages aux fils métalliques (fil de bronze), ce sont les observations 16 et 38.

Il est à remarquer qu'aucun des sept cerclages au fil d'argent que nous avons étudiés n'a été suivi de suppuration ni d'infection quelconque ; cela pourrait être attribué au pouvoir antiseptique du métal employé.

C'est d'ailleurs souvent après une suppuration qu'il est observé d'autres complications, comme la récidive ; nous l'avons vu aux observations 39 et 27.

Les autres cas de récidives ont été vus, soit après une ablation du fil prématurée ou une rupture (observation 2), ou après un cerclage aux fils non métalliques (observations 32, 2, 27, 18 et 39) ; c'est encore après une suppuration qu'a été observée une extériorisation du fil aux observations 9 et 38, et à la suite d'un écoulement séro-purulent que des douleurs à la défécation et à la miction furent accusées par le malade de l'observation 38 ; à la suite d'une suppuration également apparaît un bourgeon charnu à l'observation 39.

Il apparaît ainsi qu'un grand nombre des complications signalées sont souvent la conséquence d'une complication première qui souvent s'avère être, comme le montre cette étude, une suppuration et une infection. Les incontinences rectales, les cicatrisations rétractiles ou vicieuses qui n'ont pas été signalées dans nos dossiers, mais qui ont été constatées par Laurence, pourraient elles-mêmes être occasionnées par une suppuration ou une infection locale et entraîner les troubles fonctionnels : constipations et

incontinences signalées par ce même auteur. Or, nous avons vu que ces suppurations apparaissent très souvent après un cerclage aux fils non métalliques, notamment avec les cerclages au flexofil, et que par contre deux seulement de nos observations sur neuf cerclées au fil de bronze mentionnent une suppuration et aucun des cerclages au fil d'argent n'a été suivi d'une telle complication.

Il est intéressant de préciser aussi que toutes les fois qu'une suppuration est survenue dans les suites opératoires, même lorsque le phénomène infectieux a entraîné la formation d'une collection purulente ou d'un abcès marginal, le décerclage, suivi d'un traitement antiseptique local, a toujours amené en peu de temps l'arrêt de la suppuration ou l'écoulement de l'abcès, et chaque fois la guérison du prolapsus s'en est suivie.

Ces précisions, déduites de l'étude des observations que nous avons produites, nous permettent de dire que la complication essentielle de l'intervention de cerclage pour « Prolapsus du rectum » est l'infection. Les autres complications constatées ou signalées par les différents auteurs qui se sont occupés de la question, pourraient n'être qu'une conséquence de l'infection ou de la suppuration qu'elle a entraînée.

Les récidives elles-mêmes, comme nous l'avons signalé dans un certain nombre de cas, peuvent être rattachées à une complication suppurative qui aurait entraîné un décerclage prématuré. Et quand ces récidives n'apparaissent pas à la suite d'un accident de cet ordre, il est intéressant de noter qu'elles se voient après un décerclage prématuré, qu'il soit le fait d'une cause quelconque ou d'une erreur de technique ; dans ce cas, le cerclage n'a pas permis la formation d'une sclérose de soutient parce qu'il n'est pas resté suffisamment de temps en place.

Ces récidives se voient encore à la suite d'un cerclage avec des matériaux qui ne se sont pas montrés aptes à provoquer la sclérose de soutient recherchée entre le plan muqueux et le plan musculaire. Et parmi ces matériaux nous pouvons signaler les fils non métalliques utilisés dans les interventions faisant l'objet de notre étude, à l'exception peut-être du crin double.

Il apparaît en effet, comme l'indique Laurence dans l'article que nous avons résumé au début de ce travail, que le but recherché dans le cerclage est double. D'abord :

« créer une sclérose au niveau du fil et aussi fixer la muqueuse à la sous-muqueuse » ;

Ensuite :

« tenir mécaniquement en place le rectum muqueux en l'empêchant de se prolaber lors des efforts. »

En général, les cerclages aux fils non métalliques ne rempliraient que le deuxième rôle.

Nous pouvons affirmer, en conclusion de cette étude sur les complications de ces interventions de cerclage, que si les complications sont nombreuses elles n'en sont pas pour autant inévitables.

Une préparation soigneuse du malade ; l'emploi de matériaux de cerclage choisis parmi ceux qui ont donné d'excellents résultats, notamment les fils d'argent, et la conduite rigoureuse de l'intervention suivant la technique qu'il nous reste à décrire permettent de pratiquer l'opération du cerclage anal, dans les cas de Prolapsus du rectum chez les nourrissons et les jeunes enfants, sans échec et sans aucune complication.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous pouvons à présent évoquer les principes généraux de l'intervention et la technique opératoire proprement dite.

L'intervention doit toujours être précédée d'une préparation soignée. Celle-ci comprend :

La réalisation des indications qui résultent de l'interrogatoire et de l'examen complet et qui s'appliquent :

a) à l'état général du malade,
b) à l'état du tube digestif,
c) à l'aseptie de la région.

L'état général du malade mérite bien notre attention, d'autant que souvent le Prolapsus rectal apparaît chez des enfants hypotrophiques ou atteints d'un mauvais état général. L'acte chirurgical sur ces malades sans le redressement de leur état général deviendrait un acte illusoire, sans doute dirigé vers la suppression du mal, mais sans en supprimer en quelque sorte la cause.

Le mauvais fonctionnement intestinal est souvent la véritable étiologie du Prolapsus rectal. C'est en effet chez des enfants entéritiques ou constipés, qui forcent de longs moments pour aller à la selle, que l'on voit apparaître un glissement de la muqueuse rectale. Il est donc nécessaire de diriger avant tout le traitement à l'encontre de ces troubles, et cela

suffit souvent à amener la disparition du prolapsus. Ceci nous montre l'importance de la thérapeutique hygiéno-diététique qui doit toujours précéder l'acte chirurgical. Il ne faut d'autre part jamais opérer en phase d'entérite. Avant l'intervention, l'intestin doit être mis en parfait état.

L'aseptie de la région opératoire joue un très grand rôle dans la prophylaxie des complications. Elle ne doit être nullement négligée sous prétexte d'un acte bénin et externe, car tout acte chirurgical, si minime soit-il, reste un traumatisme effectué sur un tissu vivant et peut être une porte d'entrée à l'infection. On ne saurait trop par conséquent insister sur l'importance de l'asèptie, non seulement de la région opératoire, mais de l'intervention elle-même.

Les soins post-opératoires, trop souvent négligés à la suite de cette intervention, ont aussi une très grande importance dans la prévention des complications. On comprend les difficultés que peut créer après l'opération le mauvais fonctionnement intestinal, il est donc nécessaire de surveiller ce dernier et de protéger la plaie opératoire des risques d'infection, ceci d'autant plus qu'elle se trouve dans une région où, mal protégée, l'infection pourrait facilement l'atteindre.

Technique proprement dite.

Elle est relativement simple. A l'aide d'une aiguille courbe (en général ce sont des aiguilles à forte courbure qui rendent les meilleurs services), le malade étant en position gynécologique, on pique au niveau du raphé antérieur, très près de la zone cutanéo-muqueuse. L'aiguille chemine alors, quasi sous contrôle de la vue et du toucher, en décrivant une demi-circonférence, et ressort sur le raphé postérieur, très près également de la zone cutanéo-muqueuse.

Le fil est alors introduit dans le chas de l'aiguille, on retire celle-ci ; le fil encercle ainsi la moitié de l'anus. L'aiguille, réintroduite par le lieu de ponction antérieure, chemine alors en suivant la deuxième demi-circonférence et doit ressortir très exactement par le petit orifice déjà pratiqué à travers la peau.

L'extrémité du fil est alors passée dans le chas et l'aiguille, étant retirée, le fil décrit une circonférence complète, les deux extrémités du fil ressortant par ce qu'on peut appeler la ponction antérieure.

Nous rappelons que c'est le fil d'argent qui a donné les meilleurs résultats.

S'il s'agit d'un fil d'argent, on le serre en faisant un tortillon pas trop long, afin d'encercler d'une façon correcte l'anus, c'est-à-dire de lui laisser un calibre suffisant pour le passage des matières, mais d'autre part afin de le rétrécir d'une façon suffisante. Un aide introduit l'index, et c'est sur cet index que l'on serre, sans étrangler véritablement le doigt.

Le tortillon, soigneusement fait et coupé à la longueur voulue, doit être introduit à travers l'orifice de ponction antérieure et disparaître complètement sous la peau. C'est un point un peu délicat de l'acte opératoire.

Ceci fait, on touche les deux points de perforation par l'aiguille à la teinture d'iode et un léger pansement alcoolisé suffit pour protéger la région ; constipation pendant quatre jours, puis reprise des fonctions intestinales.

Il est sage que le fil reste un temps suffisant pour que le tissu de sclérose ait le temps de se faire. En règle générale, il faut compter sur deux mois et demi.

CONCLUSION

De l'étude de nos 48 observations il résulte que dans les Prolapsus du rectum chez le nouveau-né et chez l'enfant le cerclage donne d'excellents résultats. Mais pour cela il convient :

1° De n'opérer que des prolapsus authentiques : ceux dont le diagnostic a été confirmé par les examens complémentaires : toucher rectal et rectoscopie si besoin est. Sont à exclure de l'indication opératoire tous les prolapsus dont la réalité n'a pas été vérifiée.

2° N'opérer qu'après une préparation soigneuse du malade, celui-ci étant vite rétabli dans un bon état général et surtout intestinal, car c'est seulement ainsi que l'on peut espérer supprimer l'affection et sa cause.

3° De conduire l'opération suivant la technique que nous avons décrite plus haut.

4° De n'employer que des matériaux susceptibles d'amener la guérison sans complication. Nous ne saurions trop recommander, à la suite de cette étude, l'emploi du fil d'argent, qui paraît donner de beaucoup les meilleurs résultats.

5° De laisser autant que possible le fil de cerclage en place durant deux mois et demi.

Sous ces réserves, il y a lieu d'espérer par l'opération de cerclage de l'anus une guérison certaine dans les cas de Prolapsus du rectum chez le nourrisson et chez le jeune enfant, et cela sans préjudices importants pour le développement de ces derniers.

BIBLIOGRAPHIE

FILIATRE Louis. — Traitement du Prolapsus rectal du nourrisson et du jeune enfant par les injections sclérosantes de quinine-urée. *Thèse,* Paris 1945.

LAURENCE. — Remarques sur le traitement du Prolapsus rectal du nourrisson et du jeune enfant. *Archives Françaises de Pédiatrie,* tome X, n° 3, séance du 16 décembre 1952, pages 295-302.

L'HIRONDELLE Jean. — Un traitement simple et efficace du prolapsus du nourrission. Les injections de quinine-urée. *Le Nourrisson,* revue d'Hygiène et de Pathologie de la première enfance, n° 1, janvier-février 1944, p. 608.

VIEIRA I. (Brésil). — Du Prolapsus rectal de l'enfant et sa thérapeutique clinique. *Rev. Bras. de gastro-entéroligia,* vol. 1, n° 3, mai-juin 1949, p.287-291.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos. 7
Introduction. 9
Observations. 15
Tableau synoptique des observations. 27
Interprétation des observations. 29
Facteurs étiologiques. 29
Malades non cerclés. 31
Malades cerclés. 33
A. — Cerclages aux fils non métalliques. . . 34
B. — Cerclages aux fils métalliques. . . . 37
Tableau synoptique des résultats obtenus. 40
Etude des complications. 41
Technique opératoire. 45
Conclusion. 49
Bibliographie. 51

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

La Cure chirurgicale du Prolapsus rectal chez le nourrisson et le jeune enfant.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 5 novembre 1953

Le Professeur,

ETIENNE.

Vu :

Montpellier, le 5 novembre 1953

Le Doyen,

GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 6 novembre 1953

Le Recteur

GUILLON.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.